



**PEMERINTAH KABUPATEN MUNA BARAT
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS GUALI**



FORMULIR PENERIMAAN PENGADUAN PELAYANAN

IDENTITAS PELAPOR

NAMA :
 NIK :
 ALAMAT :
 NOMOR TELPON/WA :

HAL YANG DI LAPORKAN

UNIT LAYANAN YG DI TUJU :
 TANGGAL KEJADIAN :
 URAIAN PENGADUAN :

TANDA TANGAN PELAPOR

.....)

PENERIMA PENGADUAN (DIISI OLEH PETUGAS PENERIMA)

TANGGAL PENERIMAAN : NOMOR TIKET :
 NAMA PENERIMA : NIP PETUGAS PENERIMA :
 JALUR PENGADUAN :
 Tatap Muka EMAIL SMS WA TELPON

TANDA TANGAN PENERIA

.....)



**PEMERINTAH KABUPATEN MUNA BARAT
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS GUALI**



FORMULIR PENELAAH DAN PENGKLASIFIKASIAN ADUAN MASYARAKAT

TANGGAL ADUAN :
NAMA PENGADU :
UNIT LAYANAN YANG DI AJUKAN ADUAN
PENELAAHAN ADUAN :
TANGGAL PENELAAH DAN PENGKLASIFIKASIAN ADUAN:

TIM MANAJEMEN MUTU

(.....)
NIP.



**PEMERINTAH KABUPATEN MUNA BARAT
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS GUALI**



PENYALURAN PENGADUAN

HARI/TANGGAL PENGADUAN	:
NAMA PENGADU	:
NO. HP/ WA	:
ALAMAT PENGADU	:
UNIT PELAYANAN YANG DI TUJU :	
HASIL TELAAH ADUAN	
TINDAK LANJUT ADUAN/ KLARIFIKASI ADUAN:	

TIM MUTU MANAJEMEN

PENANGGUNG JAWAB UNIT PELAYANAN

(.....)
NIP.....

(.....)
NIP.....



**PEMERINTAH KABUPATEN MUNA BARAT
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS GUALI**



FORMULIR JAWABAN PENGADUAN PELAYANAN

IDENTITAS PELAPOR

NAMA :
NIK :
ALAMAT :
NOMOR TELPON/WA :

TANGGAL PENERIMAAN :
TANGGAL RESPON :
KLASIFIKASI ADUAN :
.....
.....
.....
.....

JAWABAN ADUAN SEBAGAI TINDAK LANJUT

.....
.....
.....
.....
.....
.....

MENGETAHUI,
KJEPALA PUSKESMAS GUALI

TANTI, Am.Keb
NIP. 19731120 200604 2 024

LAPOKAINSE 2022

TIM MANAJEMEN MUTU

(.....)
NIP.